

NINA OGIŃSKA-BULIK, JOLANTA CHANDUSZKO-SALSKA

Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Psychologii UŁ

PSYCHOLOGICZNA CHARAKTERYSTYKA KOBIET Z NADWAGĄ I OTYŁOŚCIĄ

WPROWADZENIE

W ciągu ostatnich 20 lat zwiększyła się liczba ludzi z nadwagą, a odsetek dzieci otyłych uległ podwojeniu. Specjaliści zajmujący się problematyką nadwagi i otyłości coraz częściej używają określenia „epidemia”. W USA 110 mln dorosłych Amerykanów, tj. 40% ludności cierpi z powodu nadwagi i otyłości, a 95% kobiet i 50% mężczyzn po trzydzieste przynajmniej raz w życiu stosowało dietę odchudzającą. W Europie problem otyłości dotyczy ok. 25% populacji. W Polsce jest ponad 8 mln ludzi z nadwagą i otyłością. Niepokój budzi fakt, że od lat nigdzie nie zmniejsza się liczba ludzi otyłych.

Jak to się dzieje, że mimo dostępności zdrowej żywności, różnego rodzaju diet, programów dla odchudzających i zwiększającej się świadomości wzrasta liczba ludzi otyłych, a tak niewielu z tych, którzy poddali się odchudzaniu potrafi uzyskać wagę utrzymać. Uważa się, że średnio 95% odchudzających się doznaje porażki. Tylko 5% to osoby, które schudły skutecznie.

Tajemnica zachowania właściwej wagi i sylwetki ciała nie leży w nieustanym liczeniu kalorii i tzw. cudownych dietach. Bez aktywnego udziału naszej psychiki, bez zmiany sposobu myślenia, przebudowania negatywnych przekonań na temat własnego ciała, usunięcia przyczyn niezdrowych nawyków, osiągnięcie trwałego sukcesu nie jest możliwe.

Problem nadwagi czy otyłości nie jest sprawą wyłącznie pożywienia, wagi czy wymiarów ciała, lecz jest nierozdzielnie związany z czynnikami natury psychologicznej, odczuwanym stresem i przeżywanymi konfliktami. Jemy przecież nie tylko wtedy, kiedy czujemy głód, ale także wtedy, gdy jesteśmy smutni, zmartwieni, gdy spotkał nas jakiś zawód, brakuje nam miłości, akceptacji, poczucia bezpieczeństwa (Ogińska-Bulik 1999).

Dla wielu ludzi, zarówno młodych, jak i starszych, jedzenie może stać się formą zmagania się z różnymi sytuacjami trudnymi, których w codziennym życiu nie brakuje. Z reguły u podłoża nadwagi czy otyłości leżą problemy emocjonalne, negatywny obraz siebie, niskie poczucie własnej wartości, a także, zwłaszcza u młodzieży, potrzeba określenia własnej tożsamości.

Nadmierne jedzenie może być wynikiem podwyższonego poziomu lęku, negatywnego myślenia o sobie, słabej kontroli wewnętrznej. Podłożem otyłości może też być poczucie odrzucenia emocjonalnego, chęć ucieczki i izolacja od świata zewnętrznego. Lęki, obawy, niepokoje, stres to najczęstsze przyczyny zwracania się w stronę jedzenia jako środka przynoszącego uspokojenie. Im większy problem, im silniejsze emocje, tym większe prawdopodobieństwo „ucieczki w jedzenie”. Przyczyną sięgania do lodówki może być także poczucie nudy, zwłaszcza w godzinach wieczornych, po wypełnieniu codziennych obowiązków. Sięgamy po jedzenie także wtedy, gdy czujemy się samotni, gdy nasze kontakty emocjonalne nie spełniają naszych oczekiwań lub też życie towarzyskie jest wyraźnie ograniczone. Wreszcie, pewien odsetek otyłych to jednostki z urazami emocjonalnymi wyniesionymi z okresu dzieciństwa, w tym także ofiary różnych form wykorzystywania seksualnego lub psychicznego. Badania wykazały, że 40% dorosłych otyłych stanowią dzieci alkoholików (Somers 1995). Osoby otyłe z powodu objadania się to często jednostki o nieszczęśliwym dzieciństwie – bite, molestowane fizycznie i psychicznie. Otyłość daje im pewien rodzaj poczucia bezpieczeństwa i trzyma innych na dystans.

W literaturze zwraca się uwagę na szczególne cechy osobowości osób otyłych oraz na dominujące mechanizmy radzenia sobie ze stresem. Najczęściej osobom tym przypisuje się bierność, niedojrzałość, brak zdecydowania, bezradność w sytuacjach trudnych, niską samoocenę, pesymizm, trudności w uzewnętrznianiu negatywnych uczuć, zwłaszcza gniewu (Dobrzyńska, Pietruszewski 1993; Radoszewska 1994).

Wiele osób pod wpływem stresu zaczyna jeść. Własne doświadczenia nauczyły je w którymś momencie życia, że jedzenie łagodzi stres, a wtedy staje się ono nawykowym sposobem radzenia sobie. U osób z nadwagą stwierdza się także niższy poziom poczucia własnej skuteczności, która wyraża osobiste przekonania jednostki co do własnych kompetencji w poradzeniu sobie z podjętym działaniem (Schwarzer, Fuchs 1996).

Wśród psychologicznych właściwości sprzyjających objadaniu się, co prowadzi do nadwagi, Kirk (1996) wymienia m. in. zmniejszenie niepokoju, czerpanie przyjemności, złagodzenie doznanego zawodu i poczucia krzywdy. Nadmierne objadanie się może też być formą wyrażenia złości, wrogości, buntu, podporządkowania się czy karania siebie. Często bywa reakcją na poczucie winy. Może wyrażać też chęć zwrócenia uwagi na siebie, potrzebę troski i nagradzania siebie, usprawiedliwienie życiowej porażki, testowanie miłości, lęk przed odpowiedzialnością, łagodzenie lęków z dzieciństwa. Nadwaga może być także związana z lękiem przed uzależnieniem. Poprzez nadmierne jedzenie jednostka nabiera fałszywego poczucia niezależności – „nikogo nie potrzebuję wystarczy mi jedzenie”. Objadanie się jest ostrzeżeniem, sygnałem braku czy też niewłaściwego zaspokojenia potrzeb jednostki.

Celem podjętych badań jest dokonanie psychologicznej charakterystyki kobiet z nadwagą i otyłością i porównanie jej z kobietami z wagą w normie. Wyniki badań będą podstawą przygotowania programu oddziaływań psychologicznych wspomagających redukcję nadwagi.

METODA BADAŃ

W badaniach uczestniczyło 80 kobiet z nadmierną masą ciała (BMI = 33,4; średnia wieku 48 lat), z czego 43 to kobiety z nadwagą (BMI = 25,1–30), a 37 – kobiety z otyłością (BMI > 30). Grupę kontrolną stanowiło 80 kobiet w podobnym wieku (średnia wieku – 46,8) z wagą w normie (BMI = 21,6).

W badaniach wykorzystano następujące techniki badawcze:

- Skala Uogólnionego Poczucia Własnej Skuteczności (Schwarzer, Jerusalem, Juczyński). Skala ta obejmuje 10 pozycji i mierzy uogólnione, dyspozycyjne poczucie własnej skuteczności;
- Skala Rosenberga do pomiaru poczucia własnej wartości. Narzędzie to składa się z 10 twierdzeń odnoszących się do stosunku osoby badanej do samej siebie. Im wyższy wynik, tym niższe poczucie własnej wartości;
- Test Orientacji Życiowej (Scheier, Carver, Bridges) – obejmujący 10 pozycji pozwalających na pomiar poziomu optymizmu;
- Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (Wallstone i in.). Służy ona do oceny zdrowia jako konsekwencji własnych doświadczeń, wpływów zewnętrznych czy przypadkowych zdarzeń. Obejmuje trzy wymiary: 1) wewnętrzny – mierzący stopień przekonania co do tego, że kontrola zdrowia zależy od samej jednostki i jej własnych działań; 2) wpływ innych – mierzący stopień przekonania, że własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego; 3) przypadek

– mierzący przekonanie, że o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne¹.

– Trójczynnikiowy Kwestionariusz Stanów i Cech Osobowości Spielbergera do pomiaru lęku, gniewu i ciekawości traktowanych jako stan i jako cecha (w analizie wyników wykorzystano tylko wyniki odnoszące się do lęku i gniewu jako cechy);

– Kwestionariusz Kontroli Działania Kuhla, który służy do oszacowania różnic indywidualnych w zakresie dyspozycji do orientacji na działanie/stan. Kwestionariusz składa się z trzech skal: 1) skali C – mierzącej orientację na działanie (koncentrację na czynności) versus orientację na stan (koncentrację na celu) podczas wykonywania czynności; 2) skali N – mierzącej orientację na działanie versus stan po doznanych niepowodzeniach; 3) skali D – mierzącej orientację na działanie versus stan w sytuacjach planowania i podejmowania decyzji. W badaniach wykorzystano tylko skalę N i skalę D;

– Skala Odczuwanego Stresu – SOS (Cohen i in.) – zawiera 10 pozycji i pozwala ocenić stopień, w jakim określona sytuacja spostrzegana jest jako stresująca. Skala odwołuje się do subiektywnej oceny sytuacji, które miały miejsce w okresie ostatniego miesiąca;

– Kwestionariusz do pomiaru stylów radzenia sobie ze stresem CISS Endlera i Parkera. Obejmuje 48 twierdzeń i mierzy trzy style radzenia sobie ze stresem: styl skoncentrowany na zadaniu, na emocjach i na unikaniu. W ramach tego ostatniego wyróżnia się ponadto dwa podstyle: poszukiwanie kontaktów społecznych i odwracanie uwagi.

WYNIKI BADAŃ

W celu ustalenia, czy grupa kobiet z nadwagą i otyłością różni się w zakresie analizowanych zmiennych od grupy kobiet z wagą w normie, przeprowadzono analizę wariancji. Średnie wartości poszczególnych zmiennych oraz wartości F przedstawiono w tab. 1.

Wyniki zawarte w tabeli wskazują na różnice między kobietami z nadwagą i otyłością a kobietami z wagą w normie w zakresie takich właściwości jak: poczucie własnej wartości, skuteczności, poziom optymizmu, umiejscowienie kontroli zdrowia (wpływ innych), lęk, poziom odczuwanego stresu i sposoby radzenia sobie z nim (styl skoncentrowany na zadaniu i styl skoncentrowany na unikaniu). Jednostki z nadmierną masą ciała charakteryzują się niższym poczuciem własnej wartości (im wyższy wynik, tym niższe poczucie własnej

¹ Skale Poczucia Własnej Skuteczności, Poczucia Własnej Wartości, Optymizmu, Umiejscowienia Kontroli Zdrowia oraz Odczuwanego Stresu zostały zaadaptowane do warunków polskich przez Juczyńskiego (w przygotowaniu).

Tabela 1

Średnie i odchylenia standardowe analizowanych zmiennych w grupie kobiet z nadwagą, otyłością i wagą w normie

Zmienna	Nadwaga (1)		Otyłość (2)		Waga w normie (3)			Różnice
	M	SD	M	SD	M	SD	F	
Poczucie własnej skuteczności	26,06	5,65	25,75	4,30	27,77	4,16	3,20*	2-3
Poczucie własnej wartości	23,06	3,86	23,92	4,35	19,56	4,32	17,36***	1-3, 2-3
Poziom optymizmu	14,30	3,71	13,33	4,93	16,35	3,56	8,46***	1-3, 2-3
Kontrola zdrowia – wewnętrzna	26,76	6,76	25,08	5,16	25,79	6,15	0,74	n.i.
Kontrola zdrowia – wpływ innych	20,09	7,26	21,11	6,25	17,04	5,36	2,92*	2-3
Kontrola zdrowia – wpływ przypadku	18,97	6,24	18,88	5,61	16,58	3,99	1,64	n.i.
Lęk	23,67	4,69	26,22	5,20	24,45	4,10	2,84*	2-3
Gniew	20,48	6,18	22,97	5,47	24,08	6,53	3,18*	1-3
Sila woli – AOF	8,00	5,31	7,29	3,64	7,79	2,57	0,26	n.i.
Sila woli – AOD	10,47	5,03	11,94	3,99	11,25	3,56	1,06	n.i.

Tabela 1 (cd.)

Zmienna	Nadwaga (1)		Otyłość (2)		Waga w normie (3)		F	Różnice
	M	SD	M	SD	M	SD		
Skala odczuwanego stresu	20,39	6,60	22,97	6,89	18,91	5,57	3,09*	2-3
Styl skoncentrowany na zadaniu	51,88	8,63	50,97	7,54	57,58	7,94	11,61***	1-3, 2-3
Styl skoncentrowany na emocjach	49,90	8,92	53,11	7,14	50,48	8,51	1,67	n.i.
Styl skoncentrowany na unikaniu	49,18	7,13	49,00	8,571	45,26	8,13	4,60***	1-3, 2-3
- odwracanie uwagi	22,66	4,65	23,14	5,04	21,37	5,18	0,70	n.i.
- poszukiwanie kontaktów społecznych	16,50	3,77	16,26	3,93	18,18	3,50	1,48	n.i.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.
n.i. – nieistotne.

wartości), niższym poczuciem własnej skuteczności i optymizmu. W większym stopniu niż kobiety z wagą w normie wpływ na swoje zdrowie przypisują innym osobom, głównie lekarzom. Uzyskane wyniki wskazują, że kobiety otyłe silniej odczuwają stres, zaś w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi częściej niż jednostki z wagą w normie wykorzystują strategie unikowe. Rzadziej natomiast stosują strategie skoncentrowane na zadaniu.

Wyniki badań wskazują, że kobiety z nadwagą w porównaniu z jednostkami z wagą w normie wykazują niższy poziom gniewu.

Nie stwierdzono natomiast różnic między kobietami z nadwagą i otyłością a kobietami z wagą w normie w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia (kontrola wewnętrzna i przypadek) i emocjonalnym stylu radzenia sobie ze stresem. Badane kobiety nie różnią się także w zakresie siły woli. Obliczono także współczynniki korelacji między wskaźnikiem BMI a wartościami analizowanych zmiennych dla całej grupy badanych kobiet. Wyniki zamieszczono w tab. 2. Uzyskane współczynniki korelacji są niskie, co świadczy o słabym związku między wskaźnikiem masy ciała a poszczególnymi zmiennymi psychologicznymi. Najsilniejszy związek zanotowano w przypadku poczucia własnej wartości, co wskazuje, że im wyższy wskaźnik masy ciała tym niższe poczucie własnej wartości.

Tabela 2

Współczynniki korelacji między BMI a analizowanymi zmiennymi psychologicznymi

Zmienne	<i>r</i>	<i>p</i>
Poczucie własnej skuteczności	0,08	
Poczucie własnej wartości	0,35	**
Poziom optymizmu	0,26	*
Kontrola zdrowia – wewnętrzna	0,03	
Kontrola zdrowia – wpływ innych	0,26	*
Kontrola zdrowia – wpływ przypadku	0,06	
Lęk	0,12	
Gniew	0,02	
Siła woli – AOF	0,02	
Siła woli – AOD	0,09	
Skala odczuwanego stresu	0,14	
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,28	*
Styl skoncentrowany na emocjach	0,05	
Styl skoncentrowany na unikaniu	0,16	
– odwracanie uwagi	0,12	
– poszukiwanie kontaktów społecznych	0,15	

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Nie stwierdzono różnic w zakresie analizowanych zmiennych między kobietami z nadwagą a kobietami z otyłością, toteż grupę tę można traktować jako jednorodną (z nadmierną masą ciała).

PODSUMOWANIE

Uzyskane wyniki badań wskazują na wyraźne różnice w obrazie psychologicznym kobiet z nadwagą i otyłością w porównaniu z kobietami z wagą w normie. Dotyczą one przede wszystkim zasobów osobistych, doświadczanych emocji, a także odczuwania stresu i radzenia sobie z nim.

Kobiety otyłe wykazują wyższy poziom lęku w porównaniu z kobietami z wagą w normie (nie zanotowano różnic między jednostkami z nadwagą a tymi, które charakteryzują się wagą w normie). Związek negatywnych emocji, a przede wszystkim lęku z otyłością, podkreślało wielu autorów. Plutchnik (za: Logue 1991) wykazał, że im większą nadwagą charakteryzowała się jednostka, tym bardziej prawdopodobne było, że będzie jadła w sytuacji lęku. Podobnie Slochower, Kaplan i Mann (za: Logue 1991) stwierdzili eksperymentalnie, że wzbudzony lęk był związany ze zwiększoną konsumpcją, a otyłe studentki w porównaniu z jednostkami o wadze normalnej jadły więcej w czasie egzaminów, a więc w sytuacji, której towarzyszył lęk. Także Robbins i Fray (1980) twierdzą, że wzrost pobudzenia (głośna muzyka, hałas, ożywienie) wzbudza lęk i pociąga za sobą wzrost jedzenia, które ma służyć przede wszystkim redukcji lęku i innych negatywnych emocji. Zwracano także uwagę, że otyłość może być reakcją na depresję (Gilbert 1986).

Wyniki uzyskanych badań wskazują, że kobiety z nadwagą charakteryzują się niższym poziomem gniewu w porównaniu z kobietami z wagą w normie. Może to sugerować, że wykazują trudności w uzewnętrznianiu uczuć negatywnych, tzn. kierują gniew do wewnątrz, tłumią go, nie dopuszczając do jego ujawnienia. Podobne stanowisko prezentują Dobrzyńska, Pietruszewski (1993), Radoszewska (1994). Natomiast badania przeprowadzone przez Duckro i in. (1983) wykazały, że osoby otyłe, w porównaniu z jednostkami z wagą w normie, charakteryzują się wyższymi wskaźnikami gniewu i wrogości. Być może wśród negatywnych emocji czynnikiem silniej związanym z nadmierną masą ciała jest lęk.

W badaniach potwierdzono, że kobiety z nadwagą i otyłością, w radzeniu sobie ze stresem częściej stosują strategie skoncentrowane na unikaniu a rzadziej te, które koncentrują się na problemie.

Na szczególną uwagę zasługują wyniki dotyczące takich zmiennych jak poczucie własnej wartości, skuteczności i poziom optymizmu. Zmienne te traktowane są jako tzw. zasoby osobiste. Odgrywają one bardzo ważną rolę

w radzeniu sobie ze stresem, a także w procesie redukcji nadmiernej masy ciała. Na znaczenie zasobów osobistych, zwłaszcza poczucia własnej skuteczności w procesie redukcji nadwagi zwracali uwagę m. in. Chambliss i Murray (1979), którzy stwierdzili, że jednostki z nadwagą, które charakteryzowały się wysokim poczuciem własnej skuteczności były bardziej podatne na oddziaływanie terapii behawioralnej niż te, które wykazywały niski poziom tej zmiennej. Także Schwarzer (1997) oraz Juczyński (1998) podkreślali rolę poczucia własnej skuteczności w procesie kontroli wagi. Tak więc zasoby osobiste posiadane przez jednostkę są bardzo ważnymi zmiennymi, które powinny być uwzględnione w interwencyjnych programach redukcji nadwagi. Wzrost poziomu poczucia własnej wartości, skuteczności, optymizmu może bądź bezpośrednio, bądź pośrednio poprzez lepsze radzenie sobie ze stresem wspomóc proces redukcji nadwagi i przyczynić się do zwiększenia jego skuteczności.

BIBLIOGRAFIA

- Chambliss C. A., Murray E. J. (1979), *Efficacy Attribution, Locus of Control, and Weight Loss*, „Cognitive Therapy and Research”, **3**, 349–353
- Dobrzyńska A., Pietruszewski K. (1993), *Wybrane aspekty dynamiki rodzinnej u pacjentów otyłych jako podstawa do psychoterapii* „Psychoterapia”, **2**, 85, 3–12
- Duckro P. N., Leavitt J. N., Beal D. G., Chang A. F. (1983), *Psychological Status Among Female Candidates for Surgical Treatment of Obesity*, „International Journal of Obesity”, **7**, 477–485
- Gilbert S. (1986), *Pathology of Eating. Psychology and Treatment*, Routledge & Kegan Paul, London, New York
- Juczyński Z. (1998), *Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, **14**, 54–63
- Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia* (w druku)
- Kirk C. (1996), *Poskramianie smoka diety*, Wydawnictwo Ravi, Łódź
- Logue A. W. (1991), *The Psychology of Eating and Drinking*, W. H. Freeman and Company, New York
- Marszał-Wiśniewska M. (1992), *Kwestionariusz sily woli Kuhla. Adaptacja do warunków polskich*, [w:] A. Elias, M. Marszał-Wiśniewska (red.), *Temperament a rozwój młodzieży*, Instytut Psychologii PAN, Warszawa, 101–120
- Ogińska-Bulik N. (1999), *Jeśli zamierzasz schudnąć. Programy oddziaływań psychologicznych wspomagających redukcję nadwagi*, Wydawnictwo WSHE, Łódź
- Radoszewska J. (1994), *Z badań nad tożsamością osób otyłych*, „Nowiny Psychologiczne”, **4**, 87–91
- Robbins T., Fray D. (1980), *Stress Induced Eating; Fact, Fiction or Misunderstanding*, „Appetite”, **1**, 103–133
- Schwarzer R. (1997), *Stress and Coping Resources: Theory and Review*, paper presented at 11th Conference of the EHPS Personality, coping and health, Bordeaux, France

Schwarzer R., Fuchs R. (1996), *Self-efficacy and Health Behaviors*, [in:] M. Cooner, P. Norman (eds.), *Predicting Health Behaviour*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia, 163–196

Somer E. (1995), *Wpływ jedzenia na nastrój*, Wydawnictwo Amber, Warszawa

NINA OGIŃSKA-BULIK, JOLANTA CHANDUSZKO-SALSKA

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH OVERWEIGHT AND OBESITY

The aim of the study was to establish psychological characteristics of overweight and obese women and to delineate the similarities and differences of this characteristics between women with overweight and obesity and women with normal weight.

80 women aged 48, with increased body mass index (43 with overweight – BMI = 25.1–30 and 37 with obesity – BMI > 30) and 80 women at similar age (average 46,8) with normal weight participated in the study. Various techniques were used: Generalized Self-Efficacy Scale, Rosenberg's Self-Esteem Scale, Life Orientation Test, Multidimensional Health Locus of Control Scale, 3-factors Personality States and Traits Questionnaire, Kuhl Action Control Scale, Perceived Stress Scale and Coping Inventory for Stressful Situations (CISS).

The results indicate that women with overweight and obesity reveal lower level of personal resources such as self-efficacy, self-esteem and level of optimism. Obese women elicited beliefs in powerful others in health locus of control. Obese subjects stronger perceive stress than women with normal weight. In coping with stress they use less task, and more avoidance strategies.

Key words: overweight, obesity, psychological characteristics